FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Année 1966 N° 17

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

( Diplôme d'Etat )

---

par

VINCENT Pierre, Jacques, Maurice

Né le 7 Janvier 1933 à PARIS ( Vème )

---

Présentée et soutenue publiquement le 2 JUIN 1966

---

T I T R E

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPENDICITE AIGUE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS DE LA GROSSESSE

Président de Thèse : M. le Professeur A. RICHARD

29. Pays-Bas, Leyde

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Année 1966 Nº

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

( Diplôme d'Etat )

par

VINCENT Pierre, Jacques, Maurice

Né le 7 Janvier 1933 à PARIS ( Vème )

Présentée et soutenue publiquement le

T I T R E

# CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPENDICITE AIGUË AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS DE LA GROSSESSE

Président de Thèse : M. le Professeur A. RICHARD

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE T O U R S

Doyen : Professeur G. DESBUQUOIS
Assesseur : Professeur M.A. DURAND
Secrétaire : Monsieur J. GANNIER

## - PROFESSEURS HONORAIRES -

M. GAUDEAU - 32, rue Emile Zola - TOURS
HUC - CHENU ( Sarthe )
LETELLIER - 53, rue James Canes - TOURS
PAULIN - 11, rue Jules Simon - TOURS
DENOYELLE - 104 bis, rue Avisseau - TOURS
MERCIER - 8, rue de Bordeaux - TOURS
FROMENTY - " La Taupinière " - LUYNES ( I&L )
BONNIN - 78, boulevard Béranger - TOURS

## - PROFESSEURS TITULAIRES -

M. ARDOUIN - 42, boulevard Béranger - TOURS — Tél. 53-30-05
( Oto-rhino-laryngologie )

ARNAUD - 38, rue Jules Simon - TOURS — Tél. 53-57-38
( Bactériologie )

ARON - 45, boulevard Béranger - TOURS — Tél. 52-28-57
( Clinique Médicale )

BARRE - 38 bis, avenue de Grammont - TOURS — Tél. 53-24-69
( Chimie - Pharmacie )

BOULARD - 41 bis, boulevard Heurteloup - TOURS — Tél. 53-67-78
( Hygiène et hydrologie )

COMBESCOT - 24, rue François Clouet - TOURS — Tél. 53-14-32
( Zoologie )

CROUZAT-REYNES - 110, rue de Boisdenier - TOURS — Tél. 53-16-68
( Physique pharmaceutique )

DESBUQUOIS - 70, rue Victor Hugo - TOURS — Tél. 53-25-65
( Clinique Médicale Infantile )

DURAND - 12, rue Claude Thion - TOURS
( Matière médicale )

GARESTIER - 9, rue de la Fuye - TOURS — Tél. 53-49-72
( Botanique )

GAUTIER - 9, rue Jules Simon - TOURS — Tél. 53-26-79
( Thérapeutique )

GOUAZE - rue Tonnellé - ST CYR SUR LOIRE — Tél. 53-30-74
( Anatomie )

GRECO - " Les Petites Madères " VERNOU ( I&L ) — Tél. 74
( Séméiologie chirurgicale )

HUSSENSTEIN - " Le Grand Echeneau " VOUVRAY ( I&L ) — Tél. 56-I2-07
( Clinique chirurgicale orthopédique )

JOBARD - 52, rue Néricault-Destouches - TOURS — Tél. 53-82-59
( Anatomie-pathologie )

LARMANDE - I45, rue François Richer - TOURS — Tél. 53-57-89
( Ophtalmologie )

LIEFFRING - 40, boulevard Béranger - TOURS — Tél. 53-26-54
( Technique opératoire )

RICHARD - I2, rue Charles Gille - TOURS — Tél. 53-4I-40
( Clinique Obstétricale & Gynécologie. )

ROUZAUD - 47, rue Jules Simon - TOURS — Tél. 53-26-69
( Clinique Neuro-psychiatrique )

THOUVENOT - VEIGNE ( I&L ) — Tél. 56-2I-97
( Physiologie )

VACHER - 4, rue du Général Meusnier - TOURS — Tél. 53-76-93
( Médecine légale et sociale )

VANDOOREN - I4, rue de Buffon - TOURS — Tél. 53-34-2I
( Pathologie chirurgicale )

VIALARD-GOUDOU - I2I, rue Origet - TOURS — Tél. 53-35-79
( Pharmacie Galénique )

VIALLE - 2, rue George Sand - TOURS — Tél. 53-28-98
( Clinique Chirurgicale )

WEILL - " Les Grandes Vignes " VEIGNE ( I&L )
( Biochimie )

## - PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

MM.

COMBE - " Le Vert Coteau " ST AVERTIN ( I&L ) — Tél. 70
( Pédiatrie )

RAYNAUD - I9I, avenue de Grammont - TOURS — Tél. 53-08-62
( Médecine Générale )

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549621_0013

M. VARGUES - LA MEMBROLLE SUR CHOISILLE ( I&L ) Tél. 58
( Bactériologie )

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

Mme FOUSSARD - I64, boulevard Tonnellé - TOURS
( Pharmacodynamie )

- PROFESSEURS AGREGES & MAITRES DE CONFERENCES -

MM. BAR - 3I, place Carnot - DOUAI ( Nord )
( Médecine Légale )

BERTRAND - 39, rue Victor Hugo - TOURS Tél. 53-34-04
( Médecine générale )

BRIZON - I5, rue Origet - TOURS Tél. 53-40-77
( Urologie )

Melle BROCHIER - I95, rue A. Chevallier - TOURS Tél. 53-04-87
( Médecine Générale )

MM. CASTAING - 4, rue Traversière - TOURS Tél. 53-44-46
( Orthopédie )

FABIANI - 9, avenue Céline - NEUILLY-sur-SEINE Tél. MAYOT 84-47
( Toxicologie )

GLORION - 59, boulevard Béranger - TOURS Tél. 53-2I-38
( Chirurgie Générale )

GRENIER - 34, rue de Loches - TOURS Tél. 53-29-85
( Maladies infectieuses )

GUERIN - I29, avenue des Monts Clairs - COLOMBES (Seine)
( Physique Médicale )

Melle HALOT - 37, rue Febvotte - TOURS Tél. 53-05-46
( Chimie Générale )

M. HARICHAUX - 6 bis, boulevard Béranger - TOURS Tél. 53-99-45
( Physiologie )

MM. LEROUX - I03, rue St François - LA RICHE ( I&L ) Tél.
( Hématologie )

MAILLET - 2, rue Marguerin - PARIS ( IVème ) Tél. Kleb. 33-33
( Histologie )

MICHEL - " La Clarté " JOUE LES TOURS ( I&L ) Tél. 53-98-25
( Electro-radiologie )

NEEL - I3, rue de la Préfecture - TOURS Tél. 53-63-69
( Pathologie expérimentale )

SCHMITT - I54, rue de Lourmel - PARIS ( XVème ) Tél. BLO. 36-11
( Pharmacologie )

SIZARET - 5I, rue Walvein - TOURS
( Neuro-psychiatrie )

SOUTOUL - " Clos de la Guignardière " Tél. 30
Chemin de la Lézardière - CHAMBRAY ( I&L )

- FAISANT FONCTION d'AGREGE -

MM. De LAUTURE - " Grand Beauregard " ROCHECORBON
( Hygiène )

MOURAY - 6, allée des Marronniers -
" la Marbellière " JOUE LES TOURS ( I&L )
( Biochimie )

- CHEFS DE TRAVAUX -

MM. BENATRE - I90, rue A. Chevallier - TOURS
( Anatomie Pathologique )

DEMARET - 11, rue dela Mairie - LA RICHE ( I&L ) Tél. 53-4I-60
( Parasitologie - Bactériologie )

DENIS - 20, rue des Déportés - TOURS Tél. 53-24-54
( Chimie Pharmaceutique )

GRIGUER - 7, rue des Jacobins - TOURS
( Hématologie )

LUTIER - " La Guérinerie " ST SYMPHORIEN Tél. 53-20-22
( Médecine légale )

THARANNE - 43, rue Michel Colombes - TOURS Tél. 53-40-55
( Histologie )

## - CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES -

MM. BOISRAME M. - 10, place Anatole France - TOURS
( Obstétrique )

BOISRAME R. - 2, rue Charles Gille - TOURS
( Stomatologie )

FRANCOIS - 50, rue George Sand - TOURS
( Dermatologie )

Mme PASTY - 84 bis, rue d'Entraigues - TOURS
( Cryptogamie )

A mes parents,

A ma femme,

A mes soeurs,

A tous les miens,

En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Auguste RICHARD

Mëdecin-chef du Service de Gynécologie obstétrique

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de TOURS,

qui nous a inspiré ce travail et a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profonde et respectueuse admiration.

Aux Membres du Jury,

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Georges DESBUQUOIS,
Médecin-Chef du Service de Clinique Médicale
Infantile du Centre Hospitalier Universitaire
de TOURS,
Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de TOURS,

qui a bien voulu nous faire
bénéficier de sa grande expérience.

Nous le prions de bien vouloir
trouver ici l'expression de notre
profonde gratitude.

A notre Maître

Monsieur le Professeur Jacques GAUTIER
Médecin-Chef du Service de Réanimation respiratoire
du Centre Hospitalier Universitaire de TOURS,
Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de TOURS,

qui a été et demeure pour nous
l'objet de notre admiration.

En témoignage de notre reconnaissance
et de notre attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jacques BRIZON

qui a bien voulu nous faire part de ses observations et de son expérience chirurgicale.

En témoignage de notre respectueuse gratitude.

A nos Maîtres des Hôpitaux de TOURS

.

Monsieur le Professeur ARON
Monsieur le Professeur DESBUQUOIS
Monsieur le Professeur GAUTIER
Monsieur le Professeur LIEFFRING
Monsieur le Professeur RICHARD
Monsieur le Docteur BAUDOIN

Qu'ils soient assurés de notre gratitude pour leur précieux enseignement.

Et plus spécialement à notre Maître

Monsieur le Professeur Emile ARON
Médecin-chef du Service de Clinique Médicale

Il nous a accueilli à TOURS et sa grande bienveillance nous a guidé tout au long de nos études.

Nous le prions de bien vouloir accepter ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé SOUTOUL

En remerciement de son enseignement.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur POMMIER

qui nous a confié ses documents et
nous a guidé tout au long de ce travail.

En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur BOISRAME

qui a bien voulu nous confier ses
observations personnelles.

En témoignage de notre reconnaissance

# I N T R O D U C T I O N

L'appendicite aiguë est classiquement une complication redoutable mais peu fréquente de la grossesse, surtout en ce qui concerne les trois derniers mois.

Claire RENN, d'après une étude de 373 cas, estime sa fréquence à 1 pour 16.000 gestations dont 25 % des cas seulement au cours du dernier trimestre.

Mais, MEILING, d'après un récapitulatif statistique, sur I3 ans ( I934 - I946 ) des rapports obstétricaux, gynécologiques et chirurgicaux de l'Hôpital de CLEVELAND, parvient au chiffre de 2.434 appendicites aiguës pour 49.68I grossesses, soit dans moins de 5 % des cas.

Nous avons eu en 5 ans la possibilité d'observer 10 cas d'appendicite aiguë dans les trois derniers mois de la gestation.

Cette association ne nous a donc pas paru aussi rare qu'il est classique de le dire ; sans pouvoir donner de statistiques précises, nous arrivons au chiffre approximatif de 1 cas pour 800 grossesses.

... / ...

C'est pourquoi cette association, certes peu fréquente, mais non exceptionnelle, nous a paru, de par les problèmes, tant diagnostiques que thérapeutiques qu'elle pose, et de par le grave pronostic foeto-maternel qu'elle entraîne, justifier un essai de mise au point.

Nous avons donc repris, dans la littérature, 55 observations qui nous ont paru suffisamment détaillées pour en tirer profit et qui sont toutes postérieures à 1945, exception faite de deux cas, rapportés par DUBOURT et MAHON en 1939, mais qui sont particulièrement intéressants par le problème qu'ils posent.

Afin de ne pas encombrer ces exposés, nous avons marqué d'une astérisque, dans notre bibliographie, les auteurs auxquels nous avons emprunté ces observations.

Par ailleurs, nous tenons à remercier les Docteurs BOISRAME, BRIZON, LECOMTE et POMMIER, à l'obligeance desquels nous devons ces observations.

... / ...

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation nº 1 -

Mme P ..., 3ème pare de 48 ans, enceinte de huit mois à peine, a présenté dans la journée du 1er Juillet 1961, vers 17 h, une douleur abdominale droite brutale, très vive et accompagnée de vomissements. A l'examen, à 22 h, la douleur spontanée est toujours aussi intense ; l'abdomen est relativement souple, sans défense particulièrement localisée. Mais deux éléments sont frappants : l'hyperesthésie cutanée et la contracture utérine. Les BDC sont bons, le col est court, mais fermé, les culs-de-sac sont sensibles, aussi bien à gauche qu'à droite ; les urines sont claires. Enfin, fait remarquable, la température est à 37º6 et le pouls très bien frappé à 80.

Connaissant, chez cette femme, l'existence de crises appendiculaires antérieures, nous décidons d'emblée d'intervenir, sans autre examen complémentaire. Incision de Mac Burney, élargie vers le haut ; dès l'ouverture du péritoine, issue de sérosité purulente. L'appendice est recherché avec difficulté, puis extérioxisé : il est perforé à sa pointe. Appendicectomie avec enfouissement ; antibiotiques locaux ; drainage par lame de Pauchet.

48 heures plus tard, malgré les antibiotiques et les antispasmodiques, le travail se déclenche et cette femme accouche en trois heures et très facilement d'une fille de 2.400 g, qu'on est obligé de ranimer et qui ne crie qu'après 10 minutes de soins.

Localement, les suites ont été simples. Le drainage a été retiré le 9ème jour et la malade est sortie le 17ème jour en excellent état.

Observation nº 2 -

Mme A ..., primipare de 26 ans ; grossesse de 7 mois qui évoluait jusque-là normalement ; a présenté brutalement dans

... / ...

l'après-midi du IO Octobre I96I, une douleur vive de l'hypocondre droit et des vomissements. Nous la voyons dans la soirée : douleur toujours intense ; température à 38º6 et pouls à 110 ; à l'examen, douleur prédominant très nettement à droite, dans l'hypocondre droit et dans la fosse lombaire. Là encore, deux éléments frappants que nous avions constatés chez notre précédente malade : la contracture utérine et l'hyperesthésie cutanée très vive. Et c'est essentiellement sur ces deux éléments que nous avons décidé l'intervention qui a montré un appendice inflammatoire sans réaction péritonéale évidente. Appendicectomie et fermeture de la paroi sans drainage. Comme nous n'étions pas absolument certains de la responsabilité de l'appendice dans ce syndrome douloureux, nous avons demandé à plusieurs reprises un examen cyto-bactériologique des urines qui, chaque fois, se sont révélées claires et stériles.

Dans les suites opératoires, des contractions utérines ont fait redouter pendant quelques jours un accouchement prématuré, mais elles ont pu être jugulées par des antispasmodiques et cette malade a quitté la clinique le IOème jour en excellent état. Nous avons appris par son médecin qu'elle a accouché normalement au terme prévu.

Observation nº 3 -

Mme C ..., primigeste de 2I ans, enceinte de 7 mois, présente le I6 Septembre I960, une crise douloureuse abdominale droite avec irradiation lombaire. Elle a vomi ; le pouls est à 110 avec une température à 37º8. A l'examen, la douleur est localisée dans la fosse iliaque droite ( F.I.D. ) où existe seulement une défense. Par contre, l'utérus est contracturé. Pas de signes urinaires ; les fosses lombaires sont souples et indolores et les urines sont claires. A l'intervention, l'appendice

... / ...

apparaît rouge et congestif, mais non perforé ; il existe une sérosité péritonéale probablement banale. Appendicectomie et fermeture de la paroi sans drainage. Le lendemain et le surlendemain de l'intervention, apparition de contractures utérines qui finissent pas céder aux calmants ( Morphine et Largactil ). Accouchement au voisinage du terme prévu d'une fille de 3.150 g en excellent état.

Observation nº 4 -

Mme M ..., 5ème geste de 35 ans, enceinte de 8 mois ½, présente brusquement dans la matinée une douleur abdominale droite. Appelé par son médecin qui pense à une appendicite, nous la voyons dans la soirée. Température à 38º5, pouls à 110. Le palper abdominal est d'autant plus difficile chez cette femme près de son terme, qu'elle est obèse avec une paroi abdominale énorme. La F.I.D. est sensible, sans plus, mais l'utérus est contracturé et douloureux. Au toucher vaginal (T.V.), il semble exister un empâtement au niveau du cul-de-sac droit. Mais cette malade a vomi plusieurs fois surtout ; l'état général est très altéré et c'est, en définitive, ce qui incite à intervenir. Incision de Mac Burney. On trouve alors un appendice perforé au centre d'une cávité purulente entourée de fausses membranes. Appendicectomie et drainage. Antibiotiques locaux et généraux. Trois heures après l'intervention, l'accouchement se déclenche et se passe rapidement sans incidents. Suites opératoires normales.

Observation nº 5 -

Mme F ..., primipare de 24 ans, enceinte de 7 mois, est envoyée d'urgence le 11 Novembre 1957, pour un syndrome appendiculaire. Depuis trois jours, quelques nausées et douleurs pelviennes survenant par crises. Selles normales,

... / ...

température 36º8 ; pas de frissons. A l'examen, abdomen très souple, non douloureux, mais par contre l'utérus est dur comme du bois. Les culs-de-sac vaginaux ne sont pas douloureux ; le col est légèrement ouvert. T.R. : rien à signaler. Le diagnostic hésite entre appendicite et complication obstétricale et en définitive on élimine l'appendicite pour se fixer à l'hypothèse d'un hydramnios aigu. D'autant plus qu'une numération faite d'urgence est normale : 4.000.000 G.R., 5.000 G.B., 67 % de polynucléaires.

La malade est hospitalisée et malgré les antispasmodiques, elle accouche le lendemain d'un garçon de I.500 g ne présentant aucune malformation apparente, mais qui meurt quelques heures plus tard.

Le lendemain de l'accouchement, la température est à 38º et descend à 37º le quatrième jour. Le sixième jour, alors que, jusque-là, la température était normale, que le ventre était souple, non douloureux, l'abdomen se ballonne en même temps qu'apparaissent des vomissements et une difficulté à émettre des gaz. La température, parallèlement, s'élève à 38º5. A l'examen, le ventre est ballonné, douloureux dans son ensemble, sans point particulièrement précis, mais souple ; le T.V. est légèrement douloureux. Traitement par les antibiotiques. Radiographies : nombreuses images hydro-aériques. Le 7ème jour, l'abdomen est de plus en plus météorisé ; les images radiologiques ne se sont pas modifiées malgré l'aspiration duodénale. On intervient par médiane sous-ombilicale courte ; il existe un abcès du Douglas qui pousse un prolongement dans chacune des fosses iliaques droite et gauche. L'appendice baigne, ainsi que la trompe droite, dans une cavité purulente. Il est très congestif, mais non perforé. Le petit bassin est cloisonné par les fausses membranes qui entourent l'utérus ; il n'y a qu'un peu de liquide puriforme dans la grande cavité péritonéale. Appendicectomie sans enfouissement. Nettoyage soigneux du péritoine. On laisse

un drainage dans le Douglas et au niveau du foyer iliaque droit ; les deux drains sortent par une contre-incision iliaque droite.

Après cette intervention, le transit intestinal se rétablit le 3ème jour, la température baisse progressivement, mais à partir du 5ème jour, elle remonte, devient oscillante, en même temps que l'état général s'altère, que la leucocytose augmente progressivement. Au T.V., il existe un empâtement de la fosse iliaque gauche.

Réintervention le 30 Novembre, soit le dix-huitième jour après l'accouchement : reprise de la médiane ; on évacue et on draine un abcès collecté entre l'utérus, le colon gauche et la paroi latéro-abdominale.

Après évacuation de cette collection, la température revient progressivement à la normale et la guérison est facilement obtenue.

Cette malade a été revue 4 mois plus tard ; elle était en très bon état ; il n'y avait aucun trouble du transit, pas d'éventration ; le pelvis était parfaitement libre au T.V.

Observation nº 6 -

Mme C ..., primipare de 20 ans, enceinte de 7 mois ½, est prise brusquement dans la matinée du 7 Octobre 1962, d'une douleur violente de l'hypocondre droit, qui irradie rapidement à tout l'abdomen. En même temps, cette malade est choquée ; elle a des nausées, la température est à 37º5, le pouls à 140.

A l'examen, l'abdomen est très douloureux dans son ensemble, mais il existe un point douloureux plus précis dans l'hypocondre droit. La fosse lombaire est souple, les urines sont normales ; la dernière selle remonte à 24 heures ; elle est normale ; l'utérus est souple, non contracturé ; T.V.

... / ...

et T.R. : R.A.S.

Le diagnostic d'appendicite est posé et on intervient à la quatorzième heure : incision latérale très haute, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, que l'on est forcé d'agrandir pour pouvoir explorer commodèment l'abdomen. Le caecum est assez haut, caché par l'utérus, et la dernière anse grêle qui y aboutit apparaît véritablement laminée entre le promontoire et l'utérus.

Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, il existe dans la gouttière pariéto-colique du pus franc dont on retire 10 cm3 environ. Mais l'appendice est macroscopiquement normal. Il est enlevé après agrandissement de l'incision abdominale. On vérifie la vésicule qui est normale, ainsi que la trompe droite. On a, par contre, les plus grandes difficultés à vérifier le grêle, car il est bloqué par l'utérus et on est obligé de soulever celui-ci pour arriver, très difficilement d'ailleurs, à extérioriser les dernières anses. Il n'y a pas de diverticule de Meckel, pas d'iléite terminale, pas de ganglions mésentériques.

On reste donc perplexe sur l'origine de cette péritonite, mais on admet cependant son origine appendiculaire comme très probable. L'abdomen est fermé en trois plans, sans drainage ; antibiotiques à hautes doses.

Le 2ème jour, la température est revenue à la normale, mais la malade reste pâle, très fatiguée. Elle présente quelques contractions utérines, mais le col n'est pas effacé, il n'y a pas de pertes et grâce à la Spasmalgine et à la Papavérine, ces C.U. restent très espacés. Le quatrième jour, la température remonte à 38º5en même temps que se constitue un syndrome occlusif. Réhydratation et aspiration duodénale. 48 heures plus tard, le transit se rétablit, la température redevient normale, les images hydro-aériques visibles sur le premier

.../...

cliché disparaissent, et la transformation de l'état général est spectaculaire. La malade quitte la clinique le 11ème jour. Nous avons appris depuis que cette femme avait accouché à terme d'un enfant de 3.500 g.

Observation nº 7 -

Mme N ..., primipare de 26 ans, enceinte de 6 mois ½, présente brusquement, le 16 Octobre 1961, des douleurs abdominales accompagnées de vomissements. A l'examen : point douloureux de l'hypocondre droit, très net, sans contracture mais avec hyperesthésie marquée. L'utérus est dur, contracté, mais les B.D.C. sont bons. Température à 37º7, mais pouls à 120.

Intervention par Mac Burney agrandi vers le haut : appendice à la limite du sphacèle, sur lequel sont accolées les annexes droites. Appendicectomie sans enfouissement. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites opératoires des premiers jours relativement bonnes. On parvient par des calmants à juguler les C.U. qui étaient apparues pendant les 48 premières heures. Mais, au 8ème jour, apparaît une suppuration de la paroi et bientôt toute la cicatrice se désunit. Le 24ème jour, les C.U. réapparaissent qu'il est impossible, cette fois, de calmer et la malade accouche normalement en cinq heures d'une fille de 1.700 g qui mourra dix jours plus tard au Centre de Prématurés .

Après cet accouchement, la cicatrisation spontanée, qui avait traîné jusque-là, progresse plus rapidement. Au bout de trois semaines, la paroi est refermée et la malade quitte la clinique sans avoir présenté d'autres incidents.

... / ...

Observation nº 8 -

Mme TH ..., primipare de 24 ans, enceinte de 6 mois, présente brusquement dans la matinée du 8 Janvier 1959, une douleur abdominale droite, accompagnée de plusieurs vomissements. A l'examen, la douleur abdominale est généralisée avec toutefois une défense du côté droit, l'utérus est dur, contracturé, le pouls est à 120 avec une température à 38º.

Le tableau semble suffisamment net pour décider d'une intervention immédiate. Incision de Mac Burney : à l'ouverture du péritoine qui est tendu, rouge, on trouve du pus ; l'appendice est difficile à extérioriser ; il est perforé à sa base. Appendicectomie sans enfouissement. Tifomycine locale. Drainage et fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites immédiates sont assez bonnes ; le transit se rétablit le troisième jour, les quelques C.U. sont calmées par la Papavérine. Mais au dixième jour, s'extériorise une suppuration de la paroi et bientôt toute la plaie se désunit. La malade est gardée ainsi une quinzaine de jours en observation ; on ne constate aucune tendance à la cicatrisation, mais comme la grossesse continue d'évoluer normalement, on autorise sa sortie et c'est finalement dans le même état qu'elle accouche deux mois et demi plus tard, dans des conditions tout-à-fait normales, d'un garçon de 2.850 g en excellent état. Les suites de couches sont normales. Un mois après l'accouchement, la paroi est reprise ; on fait la cure d'une petite éventration et la cicatrisation se fait normalement en 10 jours.

... / ... ;

Observation nº 9 -

Mme D ..., 2ème pare de 28 ans, consulte le 8 Août I959, au sixième mois de sa grossesse, pour des douleurs abdominales qui auraient débuté, dit-elle, après une chute de bicyclette 20 jours auparavant, Au T.V., on perçoit, dans le Douglas, une masse assez dure et très douloureuse du volume d'un gros oeuf, qui fait porter le diagnostic de kyste ovarien probable. Elle est revue le 19 Août et elle raconte que le I4, elle a présenté des douleurs pelviennes à type de coliques extrêmement vives avec évacuation par le rectum de pertes glaireuses très claires et abondantes pendant 24 heures. Depuis, elle ne souffre plus, mais les selles sont fréquentes.

A l'examen, on retrouve la même masse douloureuse du Douglas et à la rectoscopie, on note un aspect oedémateux du rectum vers IO cm, sans orifice fistuleux visible, mais la grossesse gène l'examen.

Cette grossesse se poursuit normalement ; on ne perçoit plus la masse, mais une induration sensible au même endroit. Il se trouve que cette femme, habituellement bien réglée, dépasse son terme de 3 semaines. On tente alors un déclenchement ; mais il s'agit d'un gros enfant en présentation du siège et malgré une perfusion hypophysaire de sept heures, le travail ne progresse absolument pas. Ceci ajouté aux antécédents de la grossesse, fait décider une césarienne qui est très simple et permet d'extraire un garçon de 4.460 g qui crie aussitôt.

Après fermeture de l'utérus, on explore alors le Douglas qui est cloisonné et qui recèle un appendice énorme du calibre d'un doigt et mesurant 2I cm. Décollement des adhérences, resection, enfouissement. Fermeture de la paroi sans drainage. Suites opératoires normales.

... / ...

Observation nº IO -

Mme V ..., 7ème pare de 37 ans, enceinte de 8 mois ½, nous est adressée le 8 Septembre I962, avec le diagnostic d'hématome rétro-placentaire.

De fait, à l'examen, cette femme se plaint d'une douleur abdominale qui prédomine peut-être à droite, mais qui est diffuse. L'utérus est dur, manifestement contracturé, ne se relâchant à aucun moment ; on ne perçoit pas de BDC, mais ce signe est d'interprétation difficile car il s'agit d'une grande obèse à la paroi abdominale énorme.

Nous remarquons cependant que la T.A. est à I4/8, qu'il n'existe pas de protéïnurie et qu'il n'y a pas de métrorragies. Et surtout, nous sommes frappés par le fait que la température est à 37º9 avec un pouls à 110, et que localement, il existe une hyperesthésie cutanée très vive.

Ceci nous fait évoquer la possibilité d'une appendicite et nous nous décidons à intervenir avec la pensée de pratiquer au moins une césarienne, car une radiographie faite entre temps nous avait montré une présentation du siège.

Dès l'ouverture du péritoine, apparaît un exsudat louche qui signe la péritonite appendiculaire. L'exploration de la région caecale apparaît impossible ; sans s'y attarder, nous extrayons aussi rapidement que possible, par hystérotomie segmentaire transversale, un garçon de 2.930 g, vivant, mais qui doit être ranimé et ne respire qu'au bout de I5 minutes de soins.

L'utérus est refermé et on péritonise avant d'entreprendre l'appendicectomie qui, d'emblée s'avère très délicate. Le caecum adhère aux annexes droites dans un magma de fausses membranes. Après libération, seule la pointe de l'appendice

... / ...

est visible ; sur sa plus grande longueur, il est recouvert d'un enduit lardacé et il doit être minutieusement clivé du caecum auquel il adhère en raison de sa position rétro-caecale et sous-séreuse. Il existe une perforation siègeant à environ 2 cm de la base d'implantation.

Appendicectomie sans enfouissement et fermeture de la paroi en trois plans sans drainage, après avoir " inondé " le péritoine et la graisse pariétale d'antibiotiques.

A notre surprise, chez cette femme obèse, les suites opératoires ont été des plus simples. Par contre l'enfant a donné quelques soucis en rapport avec une hémorragie méningée. Actuellement, il va bien avec toutes les réserves que cette lésion comporte.

## CONSIDERATIONS ANATOMIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Il est classique de parler du déplacement du caecum et de son élévation dans la cavité péritonéale au fur et à mesure de l'augmentation de volume de l'utérus gravide.

Cependant, les différents auteurs qui ont étudié ce phénomène physiologique ne sont pas parvenus à un accord.

En 1905, FUTH et SCHUMACHER ont trouvé un déplacement constant de l'appareil caecal à partir du quatrième mois de la grossesse, déplacement de bas en haut, de dedans en dehors, et d'arrière en avant, qui, au septième mois, place le caecum au-dessus des annexes droites elles-mêmes alors situées au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

En 1932, BAER et ses collaborateurs ont étudié radiologiquement les déplacements du caecum et de l'appendice au cours de la grossesse chez vingt huit femmes sans aucun antécédent appendiculaire.

Ils ont conclu que la base de l'appendice se transfert graduellement de sa position normale dans la

... / ...

fosse iliaque à une autre située quelque peu au-dessus de la crête iliaque.

Par ailleurs, le grand axe de l'appendice initialement dirigé en bas et en dedans, se verticalise progressivement en se moulant fréquemment sur le fundus utérin. Enfin, le colon est également repoussé vers le haut et se recourbe autour du fundus utérin, le caecum étant lui aussi repoussé vers le haut et l'extérieur, souvent enroulé sur lui-même en raison de la pression exercée par l'utérus grandissant.

Par contre, GUTMANN et STAELHER ont conclu que si le caecum remontait bien au-dessus de l'épine iliaque, en position couchée, il se retrouvait en position normale chez la femme debout.

Personnellement, nous avons toujours retrouvé des appendices en position élevée, mais des ahdérences peuvent en limiter l'ascension et, par ailleurs, l'appendice est souvent en position rétro-caecale.

Ces faits nous semblent expliquer l'extrême variabilité de la symptômatologie de l'appendicite aiguë au cours des derniers mois de la grossesse, surtout en ce qui concerne la localisation de la douleur.

Enfin, la position haute de l'appendice dans la cavité péritonéale, le refoulement de l'épiploon par la masse utérine, l'augmentation générale de la vasculari-

sation de l'abdomen, les contractions utérines et les mouvements foetaux ont pour conséquence un progrès plus rapide de l'inflammation et une dissémination facilitée de l'infection, les processus normaux de " limitation " d'un foyer ihfecté étant perturbés.

Ce sont ces faits anatomo-pathologiques qui font de l'appendicite aiguë au cours des derniers mois de la grossesse une entité particulière, caractérisée par l'extrême variabilité de sa symptômatologie, la rapidité de son évolution et la haute gravité de son pronostic.

... / ...

# L E  T E R R A I N

L'appendicite aiguë étant une affection survenant avec une plus grande fréquence chez l'adulte jeune entre 20 et 30 ans, il n'est donc pas surprenant de constater que dans nos observations où l'âge est mentionné, 73 % des cas d'appendicite sont survenus chez des jeunes femmes de moins de 30 ans.

| Age | Observations personnelles | Autres observations | Total |
|---|---|---|---|
| - de 20 ans | 0 | 5 | 5 |
| - de 20 à 30 ans | 7 | 28 | 35 |
| - plus de 30 ans | 3 | II | I4 |
| - non précisées | | II | II |

Par contre, plus intéressants nous ont paru les rapports de fréquence entre l'appendicite aiguë et la parité.

| Parité | Observations personnelles | Autres Observations | Total |
|---|---|---|---|
| I | 6 | 26 | 32 |
| II | I | I2 | I3 |
| au-delà | 3 | II | I4 |
| non précisées | | 6 | 6 |

... / ...

Il en ressort que 75 % des appendicites aiguës sont survenues au cours de la première et de la seconde grossesses, et plus de 52 % au cours de la première grossesse.

Certes, l'on ne peut tirer des conclusions formelles de ces constatations, la fréquence de l'appendicite et des premières grossesses se situant aux mêmes âges, soit entre 20 et 30 ans.

Cependant il faut remarquer que nous n'avons considéré que les cas survenant au décours du dernier trimestre de la grossesse, et que si l'on se reporte aux statistiques générales, il apparaît nettement que la fréquence de l'appendicite est inversement proportionnelle à l'âge de la grossesse et à la parité.

... / ...

# C L I N I Q U E

## I - LES SIGNES FONCTIONNELS

Si l'on compare la symptômatologie classique avec celle de l'appendicite aiguë survenant au cours du dernier trimestre de la grossesse, l'on constate que cette dernière est extrêmement pauvre, variable et peu évocatrice.

Il ne faut pas s'attendre à retrouver la classique douleur siègeant au point de Mac Burney, accompagnée de nausées, de vomissements et d'arrêt des matières et des gaz.

a - La douleur abdominale est le seul symptôme constant que nous ayons toujours retrouvé au premier plan si l'on excepte deux observations, l'une rapportée par CHRYSIKOPULOS ( nº 15), l'autre par BURWELL et BROOKS ( nº 11 ) où une hémorragie dominait le tableau, mais celle-ci était en rapport avec un placenta praevia.

Cependant, au cours des derniers mois de la grossesse, la douleur abdominale présente certaines particularités.

... / ...

1 - Le mode de début

Il faut insister sur la rapidité du début, voire sa brutalité, à un tel point que la majorité des femmes peuvent indiquer l'heure exacte du début de leurs douleurs.

Dans ces cas, la douleur atteint d'emblée son niveau maxima, évoluant sur un fond continu, ne présentant que rarement des épisodes paroxystiques.

Mais si c'est là le mode de début que nous avons le plus souvent rencontré, nous avons également noté des débuts plus progressifs, voire insidieux, durant plusieurs jours pendant lesquels la douleur, d'abord sourde, s'accentue progressivement.

Enfin, nous avons relevé dans cinq observations un mode de début un peu particulier où, après un épisode douloureux de quelques heures, se produisait une accalmie de 24 heures environ et de nouveau la douleur réapparaissait.

. Répartition des modes de début :

| | observations personnelles | autres observations | Total |
|---|---|---|---|
| Début rapide ou brutal ..... | 9 | 38 | 47 |
| Début insidieux. | 1 | 13 | 14 |
| Début en 2 temps | 0 | 5 | 5 |

Il apparaît nettement que le début rapide, voire brutal, est le plus fréquent ; nous l'avons en effet retrouvé dans 70 % des cas, mais il ne faut pas pour autant

... / ...

négliger les autres éventualités.

2 - Par contre, sa localisation est beaucoup plus variable.

Les plus évocatrices siègent dans la fosse iliaque droite, voire dans la région abdominale droite ; mais fréquentes sont également les localisations épigastriques, pelviennes et lombaires, et même très souvent l'on est en présence d'un abdomen douloureux dans son ensemble.

. Répartition de la localisation de la douleur spontanée :

| Localisation | Nos Observations | Autres observations | Total |
|---|---|---|---|
| F. I. D. | 0 | 11 | 11 |
| Abdominales droites | 5 | 8 | 13 |
| Epigastriques | 0 | 7 | 7 |
| Pelviennes | 2 | 7 | 9 |
| Lombaires droites | 0 | 4 | 4 |
| Généralisées | 3 | 18 | 21 |

Il en ressort donc une grande variabilité avec cependant une prédominance dans la région abdominale droite et la généralisation des douleurs.

Il faut noter également que dans les sept observations relatant une localisation douloureuse initiale épigastrique, celle-ci s'est secondairement, après

... / ...

quelques heures d'évolution, déplacée vers la région abdominale droite.

Quant aux autres manifestations fonctionnelles, elles sont beaucoup moins fréquemment retrouvées.

b - Les vomissements ou les nausées sont les plus constants ; personnellement, nous les avons retrouvés dans neuf cas sur dix, mais ils n'ont été notés que dans vingt deux observations parmi les cinquante trois que nous avons relevées dans la littérature.

c - La constipation n'a été remarquée que dans trois observations où d'ailleurs la symptômatologie étaitcelle d'une occlusion intestinale aiguë, et dans trois autres cas elle était remplacée par de la diarrhée.

Enfin, les antécédents appendiculaires ne semblent pas être un facteur prédisposant puisque nous ne les avons retrouvés qu'accidentellement.

Au total, la symptômatologie de la crise appendiculaire aiguë n'est pas d'emblée évocatrice ; les douleurs abdominales à début brutal et à prédominance droite en sont le dénominateur le plus constant auquel on peut ajouter la fréquence d'un état nauséeux.

Mais leur valeur n'est pas à sous-estimer et " personne ne peut plus ignorer la gravité de l'appendicite chez la femme enceinte ; il ne faut pas considérer " que, chez elle comme chez l'enfant, les douleurs du ventre " sont banales et sans gravité ; c'est avec une pareille " simplicité d'esprit qu'on laisse mourir bien des enfants " et bien des jeunes femmes " ( H. MONDOR ).

## II - LES SIGNES GENERAUX

a - La température est pratiquement constamment peu élevée, inférieure à 38º5, voire normale, mais il est intéressant de préciser qu'il n'y a aucun parallélisme entre elle et les lésions anatomo-pathologiques et que, à l'intervention, fréquentes sont les découvertes de péritonite alors que la température était subnormale. Voici d'ailleurs un tableau de la répartition des différentes températures :

| Températures | Nos observations | Autres observations | Total | % |
|---|---|---|---|---|
| - de 37º5 | 2 | I9 | 2I | 34,6 |
| de 37º5 à 38º5 | 7 | 27 | 34 | 55,7 |
| plus de 38º5 | 1 | 5 | 6 | 10 |

... / ...

Il en ressort donc que, dans 90 % des cas, la température était inférieure à 38º5, alors que l'intervention a découvert une péritonite dans 50 % des cas.

b - Un autre élément nous a paru extrêmement intéressant, c'est c'est la nette accélération, quasi-constante, du pouls qui, dans 77 % des cas, était beaucoup plus élevé que ne l'aurait voulu la température.

Au total, l'étude des signes généraux apporte deux éléments de valeur : la température qui est généralement peu élevée et un pouls dissocié, généralement à plus de 120 pulsations par minute.

## III - LES SIGNES PHYSIQUES

Devant cette symptômatologie fonctionnelle et générale pauvre et variée, quels sont les signes physiques qui vont permettre d'évoquer le diagnostic d'appendicite aiguë ?

Là encore, la lecture des observations objective la grande variabilité et l'atypie des signes qu'apporte l'examen.

a - La classique douleur retrouvée à la palpation du point de Mac Burney devrait, compte-tenu de l'élévation de l'appendice

être retrouvée en un point situé plus haut.

En fait, l'on ne retrouve jamais un point douloureux précis mais une zône douloureuse, à limites plus ou moins nettes, et à localisation essentiellement variable d'une malade à une autre.

Dans les cas les plus évocateurs, malgré l'augmentation de volume de l'utérus, c'est la fosse iliaque droite qui est sensible ; cette particularité nous semble due, comme nous l'avons vu plus haut, à l'existence d'adhérences empêchant l'ascension du caecum.

Mais ce n'est pas là que, dans la majorité des cas, l'examen retrouve une douleur provoquée.

Très fréquemment, c'est dans toute la région abdominale droite que la palpation retrouve la douleur quand ce n'est pas l'abdomen dans son entier qui est douloureux et que tout au plus peut-on noter une très légère prédominance droite.

Il faut également insister sur certaines prédominances de localisations douloureuses qui peuvent faire errer le diagnostic, en particulier la région pelvienne - mais nous y reviendrons plus en détails - la région sous-hépatique et l'angle costo-lombaire droit ; mais ce ne sont là que des prédominances douloureuses dont il y a lieu de se méfier au plus haut point.

... / ...

Cependant, à ce sujet, nous citerons deux onservations, l'une rapportée par HOFFMAN ( nº 34 ), l'autre par KRIEG ( nº 44 ). Dans les deux cas il s'agissait de jeunes femmes ayant ressenti une douleur lombaire droite, à début brutal.

L'examen retrouvait un point douloureux précis à l'angle costo-vertébral droit. La température était subnormale, mais l'examen du culot urinaire ne révélait pas la présence de pus. Dans les jours qui suivirent, leur état clinique empira rapidement et elles moururent, l'une en sept jours, l'autre en trois, dans un tableau de péritonite généralisée avec extension pleuro-pulmonaire, dont l'autopsie révéla l'origine appendiculaire.

Ces deux observations, si elles sont des cas extrêmes illustrent néanmoins fort bien l'atypie de la localisation douloureuse.

b - Mais il est un autre fait sur lequel nous jugeons fort important d'insister, c'est l'absence de contracture. En effet, dans la majorité des observations, la paroi abdominale était parfaitement souple, compte-tenu évidemment de la distension due à l'utérus gravide. Dans les cas les plus évocateurs ( I5 observations, soit moins de 25 % des cas ), l'examen minutieux a retrouvé une légère défense localisée au maxima

... / ...

de la douleur, mais jamais il n'a été retrouvé de contracture, alors que l'intervention ou l'autopsie ont fait découvrir une péritonite dans trente six observations, soit dans plus de 55 % des cas.

Ce fait souligne la notion classique, mais sur laquelle on ne saurait trop insister, à savoir qu'en matière d'appendicite en fin de grossesse, l'examen clihique ne peut faire préjuger de l'étendue des lésions anatomo-pathologiques.

c - Quant au toucher vaginal et au toucher rectal, ils n'apportent pour ainsi dire jamais d'éléments décisifs, mais ils ne sont pas pour autant à négliger, car dans quatre observations où il s'agissait d'appendicite pelvienne enkystée, ils apportèrent la clef du diagnostic;

d - Certains auteurs insistent sur des petits signes, qui, dans certains cas peuvent orienter le diagnostic.

- L'irradiation vers le membre inférieur droit de la douleur abdominale, parfois associée ou remplacée par une douleur à l'hyperextension de la cuisse.
- La douleur réveillée à droite par la pression du bord gauche de l'utérus ; manoeuvre qui, si elle est de grande utilité

... / ...

pour le diagnostic d'appendicite au début de la grossesse, nous semble plus difficile à réaliser et à interpréter sur un utérus gravide de six mois.

Certains, en particulier MAX LAKE ( nº 46 ) ont été frappés par la constance de l'état saburral des voies digestives supérieures et il a toujours retrouvé, soit une haleine fétide, soit une langue très saburrale.

e - Personnellement, deux éléments nous paraissent avoir une grande valeur évocatrice :

. C'est en premier lieu l'hyperesthésie cutanée qui n'est que peu mentionnée dans la littérature, mais que nous avons retrouvée dans quatre de nos observations et qui était tout particulièrement importante,

. Ce sont surtout les contractures utérines douloureuses qui d'ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une femme près du terme, peuvent orienter le diagnostic vers un début de travail.

Beaucoup d'auteurs d'ailleurs, leur attribuent une grande valeur ; sur les 55 observations que nous avons reprises dans la littérature, elles ont été remarquées dans 24 cas, chiffre qui prend toute sa valeur si l'on considère que leur absence n'a été notée que dans 10 observations.

... / ...

Pour ce qui est de notre série personnelle, si l'on excepte un cas ( nº 6 ) où l'utérus était souple en dépit d'une péritonite évidente à l'intervention, nous les avons toujours retrouvées avec une intensité plus ou moins grande ; elles furent même dans un cas ( nº 5 ) pratiquement le seul signe.

Au total, sans aller jusqu'à nous ranger à l'avis de KRIEG, qui déclare que " l'examen ne retrouve qu'un manque d'indices intéressants " nous mettrons néanmoins l'accent sur l'incertitude diagnostique qu'apporte l'examen, comparativement aux signes, tant physiques que généraux et fonctionnels, de l'appendicite aiguë en dehors de toute grossesse, voire même en début de grossesse.

Ici, nous ne retirons bien souvent qu'une impression de souffrance péritonéale et nous insisterons sur certains signes qui, bien que rarement tous réunis au complet, sont toujours diversement associés.

Ce sont :

- l'accélération du pouls contrastant avec une température peu élevée, voire normale,
- une douleur abdominale à début brutal et à prédominance droite, que l'examen confirme, mais ne peut localiser davantage,
- une hyperesthésie cutanée,
- des contractures utérines douloureuses.

Enfin, nous rappellerons qu'il ne faut pas attendre une défense abdominale, ni surtout une contracture, pour porter le diagnostic d'appendicite aiguë ou de péritonite au cours du dernier trimestre de la grossesse.

... / ...

# LE DIAGNOSTIC

Devant une telle symptômatologie peu évocatrice et essentiellement variable d'une malade à une autre, l'on pourrait penser que le diagnostic d'appendicite aiguë dans les derniers mois de la grossesse pose des problèmes difficiles pouvant entraîner une hésitation plus ou moins longue qui grèverait fortement le pronostic vital de la mère et de l'enfant.

En fait, lorsque nous reprenons les 55 observations que nous avons empruntées à la littérature, nous nous apercevons que fort peu de cas semblent avoir posé un grave problème de diagnostic différentiel puisqu'il n'est mentionné que dans quatorze cas, mais il est vrai également que pour huit de ceux-ci l'évolution fut très grave.

Pour ce qui est de notre série, deux cas seulement posèrent de réelles difficultés.

Certes, théoriquement toute une pléiade de diagnostics se discute avec l'appendicite aiguë au cours des derniers mois de la grossesse. En réalité, il apparaît clairement qu'un très petit nombre d'affections peuvent poser des

... / ...

problèmes angoissants ou conduire à des erreurs diagnostiques.

Nous éliminerons tout d'abord les diagnostics de facilité. Bien qu'ils soient relativement fréquents au cours de la gestation, il serait criminel de les porter à la légère, quand on sait la gravité de toute affection au décours d'une grossesse et, tout particulièrement dans son dernier trimestre. Si nous énumérons quelques uns de ces diagnostics, ce n'est pas qu'ils ne puissent se discuter, mais c'est plutôt pour que devant une symptômatologie pauvre, on ne se contente pas de les porter.

Il s'agit de petites affections qui émaillent l'évolution d'une grossesse et que l'on baptise névralgies lombo-abdominales, constipation gravidique, vomissements plus ou moihs incoercibles, entéro-colite et troubles digestifs divers. Nous ne les discuterons pas ; ils ne résistent pas à un examen sérieux.

Un second groupe d'affections peut poser des problèmes diagnostiques, mais cela nous paraît plus du domaine théorique que pratique et d'ailleurs ce sont des problèmes qui ne se sont posés dans aucune des 55 observations auxquelles nous nous référons.

Ce sont d'abord les affections des voies biliaires. Certes, elles sont fréquentes au cours de la grossesse, mais outre les antécédents très souvent retrouvés, la localisation de la douleur sous-costale droite et ses irradiations scapulaires ne peuvent guère en imposer pour une appendicite aiguë malgré l'ascension du caecum refoulé par l'utérus gravide.

Ce sont ensuite les lésions annexielles.

- Les grossesses tubaires, de même que les avortements s'ils peuvent parfois poser un problème au début de la grossesse sortent du cadre de cette étude.
- La torsion d'ovaire kystique donne également une symptômatologie où la douleur abdominale domine le tableau, mais il s'agit là d'un épisode plus dramatique où par ailleurs, des signes d'hémorragie interne n'attirent pas spécialement l'attention sur l'appendice.
- Quant à la salpingite, si elle peut parfois en imposer pour une appendicite aiguë, il est bien rare qu'elle coïncide avec une grossesse, sa complication première restant la stérilité.

Personnellement, nous pensons qu'en pratique, seules peuvent poser un problème :

1/ la pyélo-néphrite,

2/ l'occlusion intestinale aiguë,

... / ...

3/ Certaines complications obstétricales que sont l'hématome rétro-placentaire et l'hydramnios aigu,

4/ enfin, et surtout, un début de travail.

- Comment se pose le diagnostic de la pyélo-néphrite ?

Apparemment, appendicite aiguë et pyélo-néphrite sont deux affections bien différentes ; c'est cependant le diagnostic qui a été le plus souvent évoqué dans les observations que nous avons compulsées. Dans cinq cas parmi les quatorze qui posèrent un réel problème de diagnostic différentiel, la pyélo-néphrite fut évoquée.

C'est sans doute la grance fréquence de cette affection au cours de la grossesse et son siège plus volontiers droit qui en sont le fait.

En faveur de la pyélo-néphrite il faut noter la plus grande progressivité du début, les douleurs plus postérieures, siègeant dans la région lombaire, irradiant fréquemment sur le trajet urétéral et s'accompagnant souvent de signes urinaires. Les caractères de la température sont également différents : elle est plus volontiers ondulante, s'accompagnant fréquemment de frissons. Enfin, il

... / ...

faut noter l'absence de vomissements. Mais les caractères extrêmement polymorphes de la symptômatologie de l'appendicite au cours des derniers mois de la grossesse peuvent en imposer pour une pyélo-néphrite. Nous avons d'ailleurs résumé précèdemment deux observations, de cas extrêmes certes, mais où la douleur, tant spontanée que provoquée, siègeait à l'angle costo-vertébral droit et l'hésitation diagnostique qu'elle entraîna eut des conséquences dramatiques puisque l'évolution se termina par la mort des deux jeunes femmes.

C'est pourquoi, nous insisterons sur un point capital : c'est la pyurie de la pyélonéphrite qui est constante.

Certes, des épisodes de pyurie transitoire sont fréquents au cours de la grossesse ; HELMSTADTER insiste tout particulièrement sur leur fréquence ; il cite cinq observations d'appendicite aiguë en fin de grossesse ( nº 32 ), et dans trois cas il a retrouvé une leucocyturie importante.

Personnellement, dans notre série le diagnostic ne s'est pratiquement pas posé ; mais il faut reconnaître qu'il nous a souvent été plus difficile

... / ...

d'éliminer le diagnostic d'appendicite aiguë devant une pyélo-néphrite, mais un élément manque toujours : l'absence de signe de souffrance péritonéale.

A cet égard, nous pensons que la radiographie dans les cas douteux serait susceptible d'apporter un appoint de valeur : - la présence de signes sub-occlusifs étant plutôt en faveur d'une affection intra-péritonéale,

- leur absence, au contraire, étant en faveur d'une affection rétro-péritonéale.

- Ceci conduit à envisager le problème de l'occlusion, problème plus théorique que pratique, car en fait, l'appendicite aiguë emprunte fréquemment une symptômatologie d'occlusion et l'on sait que toute occlusion dont l'origine mécanique n'est pas évidente doit évoquer, chez la femme enceinte, l'appendicite aiguë.

De toute façon, l'on est très vite ramené au problème d'une urgence abdominale et l'intervention chirurgicale confirmera le diagnostic.

- Certaines complications obstétricales peuvent poser des problèmes plus difficiles à résoudre. Ce sont essentiellement l'hématome rétro-placentaire et l'hydramnios aigu ( observation nº 5 ).

... / ...

En effet, ces deux complications obstétricales peuvent faire évoquer l'appendicite aiguë ; elles ont en commun la rapidité, voire la brutalité de leur début ; la douleur abdominale, d'intensité variable, la tension intense et douloureuse de l'utérus gravide.

Mais pour ce qui est de l'hydramnios aigu, il est rare qu'il survienne après le septième mois. La douleur est lombo-abdominale, en ceinture, irradiant vers les aines et les cuisses ; les oedèmes des membres inférieurs sont fréquents.

Surtout, l'examen révèle un utérus considérablement augmenté de volume par rapport à l'âge de la grossesse et la palpation ne retrouve pas la masse foetale. Enfin, au toucher vaginal, le col est déhiscent, le segment inférieur est tendu et l'on ne peut percevoir le pôle foetal.

Enfin, là encore, une radiographie peut être utile en révélant le contenu utérin.

Pour ce qui est de l'apoplexie utéro-placentaire, les signes d'hémorragie, soit interne, soit extériorisée, apportent un élément au diagnostic : le faciès est angoissé, le pouls s'affaiblit, et des signes de choc apparaissent rapidement.

Mais en fait, tous ces signes peuvent passer au second plan derrière une douleur abdominale à prédominance droite.

... / ...

C'est ici que peut prendre sa valeur un examen complémentaire dont nous n'avons pas encore parlé : la numération formule sanguine. Pendant la grossesse, une hyperleucocytose aux environs de 10.000 est habituelle.

L'appendicite aiguë entraîne généralement une augmentation appréciable de ces chiffres, suffisante pour être un apport diagnostic.

Voici d'ailleurs un tableau réunissant les numérations leucocytaires qui étaient mentionnées dans les 55 observations que nous avons relevées dans la littérature et celles qui sont citées par deux auteurs américains qui ont étudié l'appendicite aiguë au cours de toute la durée de la grossesse, BASSET ( nº 5 ) et WEST ( nº 88 ), le premier sur 59 cas dont 5 dans les trois derniers mois de la grossesse, le second sur 26 cas dont 7 dans le dernier trimestre de la grossesse.

| Leucocytose | Nos observations | BASSET | WEST |
|---|---|---|---|
| moins de 10.000 | 1 | 5 | 1 |
| de 10.000 à 12.000 | 1 | 8 | 25 dont la plupart entre 13.000 et 18.000 |
| de 12.000 à 14.000 | 5 | 10 | |
| plus de 14.000 | 5 | 34 | |

... / ...

Ces trois séries d'observations nous ont paru suffisamment concordantes pour être concluantes, bien que nous n'ayons pratiqué cet examen complémentaire qu'une seule fois alors que nous hésitions entre appendicite aiguë et hydramnios aigu ; la leucocytose était alors à 5.000 ( Observation nº 5 ).

Nous pensons néanmoins que cet examen est susceptible de fournir des indications utiles en cas d'hésitation.

- Le diagnostic le plus difficile à notre avis est celui du début du travail ; et cela avec d'autant plus d'intensité que la grossesse est plus près de son terme et que les contractures utérines douloureuses, si utiles au diagnostic dans les cas frustes, sont intenses et dominent le tableau.

La douleur abdominale à prédominance droite risque alors de passer inaperçue et si la température est subnormale elle peut parfois être mise sur le compte du travail.

Le diagnostic risque alors de n'être fait que tardivement devant un travail douloureux qui n'avance pas, soit même après l'accouchement devant des signes évidents de péritonite.

... / ...

C'est alors que les petits signes prennent toute leur valeur ; une prédominance droite de la douleur, une température un peu anormale, quelques vomissements, une accélération du pouls, doivent évoquer la possibilité d'une appendicite aiguë et faire pratiquer un examen rigoureux afin de la diagnostiquer.

Mais le problème peut encore se compliquer considérablement du fait de la possibilité de la concomitance des deux. ; l'appendicite aiguë provoquant en effet fréquemment le travail. A ce sujet, il est couramment admis que le travail est un facteur aggravant de l'appendice aiguë ; nous pensons, quant à nous, que c'est la sévérité de l'affection qui est responsable du déclenchement prématuré du travail.

Nous aurons l'occasion - en envisageant le traitement - de revenir sur cette notion.

En conclusion, il apparaît que l'appendicite aiguë dans les derniers mois de la grossesse ne prête que rarement discussion avec d'autres diagnostics, mais elle peut alors poser des problèmes difficiles. Généralement, le problème est surtout de penser à l'appendicite

... / ...

aiguë malgré une symptômatologie peu classique et de tout mettre en oeuvre pour en faire la preuve, car tout retard dans le diagnostic et le traitement met en jeu le pronostic maternel et foetal.

... / ...

## L E  P R O N O S T I C

Tous les auteurs s'accordent sur la sévérité du pronostic de l'appendicite aiguë au cours des derniers mois de la grossesse.

Tous les auteurs qui ont publié de grandes séries de cas ont donné des statistiques portant sur toute la durée de la grossesse ; il en ressort que le taux de mortalité s'accroît au fur et à mesure que la grossesse avance.

Pour ce qui est des trois derniers mois de la grossesse, nous n'avons pas eu, dans nos dix cas, à déplorer de décès maternel, mais nous avons perdu deux enfants.

Par contre, dans les 55 observations que nous avons relevées dans la littérature, le taux de mortalité est sensiblement plus élevé.

Il nous paraît plus éloquent de consigner dans un tableau les résultats bruts, sans préjuger de l'horaire du décès, et en comptant une mort foetale lorsque le décès de la mère intervenait avant la délivrance.

... / ...

| | Nos 10 Observations | 55 Observations | Total | % |
|---|---|---|---|---|
| Décès maternel | 0 | 15 | 15 | 23 % |
| Décès de l'enfant ou mort foetale | 2 | 25 | 27 | 41,5 % |

Ceci est suffisamment éloquent pour faire de l'appendicite une complication grave des trois derniers mois de la grossesse, encore n'avons-nous que peu de renseignements sur le devenir des enfants.

Quels sont donc les facteurs qui grèvent si lourdement le pronostic vital, tant maternel que foetal ?

Il y a avant tout les essais de traitement médical, pour " refroidir la crise " et les hésitations de diagnostic qui retardent l'heure de l'intervention, favorisant ainsi l'extension du processus de l'infection.

Il s'agit véritablement d'une urgence tant diagnostique, que thérapeutique et l'on ne saurait trop insister sur la gravité de tout essai de temporisation.

Là encore un tableau donnant la quantité des décès en fonction de l'horaire de l'intervention, voire

... / ...

de la non-intervention, nous semble suffisamment convaincant .

| Heure de l'intervention après le début des symptômes | Nombre de cas | Péritonites | Décès de la mère | Dècès de l'enfant |
|---|---|---|---|---|
| moins de 6 h | 5 | 3 | 0 | 0 |
| de 6 h à 12 h | 6 | 3 | 0 | 0 |
| de 12 h à 24 h | 19 | 13 | 2 | 6 |
| de 24 h à 48 h | 11 | 5 | 1 | 6 |
| de plus de 48h | 10 | 9 | 7 | 9 |
| Non intervention pour causes diverses | 7 | - | 5 | 6 |

Ce tableau montre que, d'une part, il existe des péritonites d'emblée et qu'elles ne sont pas un facteur aggravant en elles-mêmes si l'on intervient rapidement, mais que, par ailleurs, le risque de mortalité maternelle et surtout foetale s'accroît au fil des heures.

Nous n'insisterons pas sur les autres facteurs aggravants qui ne sont pas spécifiques à notre étude :

... / ...

le mauvais état général de la mère, les tares, lésions, autres infections associées, la prématurité de l'enfant.

Mais nous terminerons sur l'impression que nous avons eue au sujet du déclenchement concomitant du travail qui ne constitue pas, à notre avis, un facteur d'aggravation, mais plutôt un signe de gravité.

... / ...

## T R A I T E M E N T

En parcourant la littérature mondiale, nous nous sommes aperçus que c'était certainement là que résidaient les plus grandes hésitations et toutes les controverses. Cela tient très probablement du fait qu'il faut allier deux impératifs : les impératifs chirurgicaux d'une part, et d'autre part, les impératifs obstétricaux.

Par ailleurs étant donné la rareté des cas d'appendicite aiguë dans les trois derniers mois de la grossesse, il semble difficile de réunir une série suffisamment importante dans un laps de temps suffisamment court pour pouvoir déduire des conclusions valables des différentes méthodes employées.

Cela est d'autant plus vrai que les progrès chirurgicaux et surtout en matière d'anesthésie, de réanimation, d'élevage des prématurés, modifient continuellement les données de ce problème délicat.

Nous étudierons successivement les différentes méthodes de traitement proposées, et au travers de notre expérience de 10 observations et des résultats que nous

avons constatés dans les 55 observations que nous avons relevées dans la littérature, nous essaierons de dégager les grandes lignes de ce problème.

## - LES METHODES -

1 - Le traitement médical, à base d'antibiotiques, d'antispasmodiques et de glace.

Certes, il peut éviter une intervention chirurgicale sur une grosses e, mais nous avons précèdemment vu les risques qu'il entraîne.

2 - L'appendicectomie simple

Elle pose essentiellement un problème de voie d'abord.

Certains préconisent une intervention par voie médiane, mais l'appendice est alors fort difficile à atteindre et nécessite des manoeuvres plus ou moins traumatisantes pour l'utérus gravide, augmentant le risque de déclenchement du travail.

Certains, et en particulier ANDERSON ( nº 1 ) préconisent une voie d'abord classique du type Mac-Burney, élargie, après avoir mis la malade en décubitus latéral

... / ...

gauche, manoeuvre qui éloigne l'utérus du champ opératoire. La voie d'abord type Mac Burney par écartement musculaire semble préférable du point de vue chirurgical. Elle permet un abord plus rapide et une cicatrisation offrant moins de risques d'une hernie durant l'effort de l'accouchement, mais lorsque les découvertes opératoires nécessitent une extension chirurgicale, autre que l'appendicectomie simple ( césarienne, voire hystérectomie ), elle ne peut les satisfaire.

Il nous semble préférable de pratiquer la voie para-médiane latérale droite qui, si elle est moins anatomique, nous semble concilier les deux impératifs : appendicectomie simple et problème d'extension chirurgicale.

3 - L'appendicectomie avec drainage de la cavité péritonéale. Certes, la pose d'un drain peut faciliter le drainage, mais il faut en connaître les limites dans une cavité péritonéale refoulée et comprimée par la masse d'un utérus gravide de 8 ou 9 mois. Son efficacité est alors fortement discutable. Par contre, ce qui est moins discutable, c'est le facteur d'irritation qu'il provoque

... / ...

et par voie de conséquence, l'augmentation des risques de déclenchement du travail qui en résulte.

4 - Appendicectomie suivie ou précédée de césarienne.

C'est dans ces cas de péritonite que se pose le problème de la césarienne concomitante à l'appendicectomie. Ses inconvénients sont, outre de provoquer délibérèment un accouchement prématuré, le danger évident d'une infection généralisée dans la cavité et de la paroi utérine, mais on sait l'efficacité des antibiotiques locaux. Ses avantages sont manifestes. Ils entraînent une délivrance rapide de l'enfant, son exposition réduite à la toxicité de l'infection, un abord plus facile de l'appendice et un drainage plus efficace de la cavité péritonéale.

5 - Certains, pour parer aux risques d'infection de la cavité utérine en cas de césarienne, ont proposé une chirurgie plus extensive en y associant une hystérectomie ; mais le résultat final de stérilité absolue est une considération que l'on ne saurait écarter à la légère.

6 - Une autre méthode préconise , dans certains cas, une dilatation manuelle du col et l'extraction de l'enfant

... / ...

avant ou après l'appendicectomie. Son avantage théorique serait d'éviter un travail retardé mais il est fortement traumatisant pour la mère et encore davantage pour l'enfant.

7 - Enfin, RENN et ses collaborateurs ( nº 70 ) suggèrent une méthode sur laquelle nous n'avons trouvé aucun cas rapporté.

Il s'agit, après appendicectomie, de provoquer le travail. Si elle est pratiquée avec succès, cette méthode réduit l'exposit on du foetus à la toxicité et élimine la résurgence de la péritonite, parfois retrouvée pendant ou après le travail. Etant donné qu'il est nécessaire de s'assurer auparavant de l'effacement du col, de l'engagement de la présentation et de l'absence de disproportion foeto-pelvienne, les indications de ce procédé nous paraissent très restreintes et, de plus, l'atteinte toujours possible du muscle utérin par l'infection peut augmenter les risques de rupture utérine qui serait catastrophique dans le cas présent.

... / ...

## - LES INDICATIONS -

### . Le traitement médical à visée curative ou palliative

L'indication de l'intervention chirurgicale a encore été récemment remise en question ; certains auteurs, tel KRIEG ( nº 44 ), argant de la gravité de toute intervention chez une femme en fin de grossesse, préconisent l'abstention dans certaines conditions, de l'intervention systématique.

Personnellement, nous considérons que les risques chirurgicaux sont bien minces si on les compare à l'effroyable pronostic de l'abstention, voire de la temporisation, que nous avons considérées dans le chapitre précédent.

Six décès fœtaux et cinq maternels, sur sept abstentions nous semblent un résultat suffisamment éloquent pour proscrire formellement l'abstention chirurgicale.

L'on pourra nous objecter que nous ne pouvons préjuger de l'avenir de tous les cas non opérés qui, par le fait, ne sont pas relatés dans la littérature.

... / ...

Une intervention, du fait même qu'elle est pratiquée sur un péritoine sain, ne nous semble pas très dangereuse, en tout cas infiniment moins que l'évolution progressive d'un processus infectieux, et de plus " le déclenchement est moins à craindre si l'on opère que si l'on s'abstient " ( MONDOR ).

. Le traitement chirurgical s'impose donc sans discussion.

Quelles sont donc, au vu des résultats obtenus, les méthodes qui nous semblent préférables, en fonction des découvertes opératoires ?

Voyons tout d'abord le problème de la voie d'abord. Une incision de Mac Burney avec décubitus latéral gauche de l'opérée est très certainement la voie la plus anatomique et celle qui dégage le mieux l'appendice. Elle a pour inconvénient de ne pouvoir satisfaire une extension toujours possible de l'acte opératoire. Or, nous avons vu qu'il n'existe aucun parallélisme entre la clinique et les lésions anatomo-pathologiques. Une incision médiane, si elle facilite toute extension chirurgicale, ne dégage que très imparfaitement la région caecale, si ce n'est au prix de l'extériorisation de

... / ...

l'utérus gravide. C'est pourquoi, il nous semble que la voie paramédiane, latérale droite, paraît satisfaire à toutes les exigences.

Pour ce qui est de l'intervention proprement dite, elle dépend essentiellement des découvertes opératoires.

Dans les cas d'appendicite aiguë catarrhale, l'appendicectomie simple n'est guère discutée ; elle donne d'ailleurs d'excellents résultats : sur I8 cas, nous avons constaté I4 suites opératoires simples,

1 décès sur la table d'opération,

3 péritonites au moment du travail.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ces trois cas car ils posent un autre problème.

Quant au pronostic fœtal, dans ces cas, il est également bon ; nous le résumons dans le tableau suivant :

... / ...

| | Nombre | Enfants vivants | Enfants décédés |
|---|---|---|---|
| Accouchement à terme | 9 | 9 | 0 |
| Accouchement prématuré | 5 | 2 | 3 |

Le problème le plus difficile se pose en cas d'extension péritonéale importante. Faut-il drainer ou pas ?

Pour notre part, nous avons été amenés à faire le maximum de restrictions quant à l'usage du drain.

En effet, l'expérience démontre que dans la grande majorité des cas, l'antibiothérapie locale est suffisante, alors que la présence d'un drain semble augmenter considérablement les risques d'accouchement prématuré et cela dans des conditions précaires, malgré le traitement médical à visée conservatrice ( hormono-thérapie et antispasmodiques ).

Voici d'ailleurs les résultats consignés dans un tableau :

| | Nombre | | Nombre | Enfants décédés |
|---|---|---|---|---|
| Drainés | 13 | Accouchement à terme<br>Accouchement prématuré | 3<br>10 | 1<br>7 |
| Non drainés | 16 | Accouchement à terme<br>Accouchement prématuré | 11<br>5 | 3<br>4 |

... / ...

Pour ce qui est du problème de la fermeture, les auteurs américains, en particulier HELMSTADER ( nº 32 ) et PARKER ( nº 64 ), referment plan par plan et ne citent pas de complications:

En ce qui concerne nos dix observations, nous avons eu deux cas de suppuration ayant entraîné désunion de paroi ; c'est pourquoi il nous semble que la fermeture par points totaux, de fils non résorbables, laissés en place 15 à 18 jours, pourrait peut-être diminuer la possibilité de cette complication.

Au total, l'appendicectomie simple, même en cas de péritonite avec inoision paramédiane latérale droite et fermeture en un seul plan, nous semble l'intervention de choix.

Mais il est un autre problème qu'il faut aborder : c'est celui de la césarienne. C'est de loin le plus controversé. L'expérience en ce domaine est pauvre et nous n'avons relevé que 5 observations détaillées où cette intervention était pratiquée.

Dans l'une il s'agissait d'une péritonite putride opérée après plus de quatre jours d'évolution

... / ...

et qui a entraîné le décès de la mère et de l'enfant.

Dans deux cas, les enfants prématurés de 6 mois sont décédés et dans deux autres cas, les suites ont été favorables.

Il nous est donc difficile de conclure. Cependant, nous voudrions insister sur le taux élevé de décès tant maternel que foetal que nous avons enregistré.

Il semble probable qu'une opération césarienne permettant un bon drainage de la cavité péritonéale ramenerait le taux de mortalité à un taux voisin de celui de la péritonite appendiculaire.

Par ailleurs, on élimine ainsi le risque de péritonite secondaire au moment du travail. PARKER estime que ce risque est théorique, mais nous en avons néanmoins relevé 4 observations.

L'une est rapportée par MAHON et TINGAUD ( n° 52 ). Il s'agissait d'une femme de 39 ans ayant été opérée au terme de 6 mois d'une appendicite banale ; elle accoucha à terme, mais présenta immédiatement une péritonite dont les suites furent émaillées de graves complications.

... / ...

Deux autres observations sont dues à DUBOURG et MAHON ( nº 18 ) qui, à ce sujet, rapportent une observation de HART_MANN.

DAns les trois cas, il s'agissait d'appendices non perforés et cependant, 9 jours après l'une, 2 mois et I2 jours après pour la seconde, 2 mois après pour la troisième, une péritonite débuta à l'occasion du travail qui, dans les trois cas, se termina par la mort de la malade. Certes, ces observations datent de I939 et le pronostic ne serait pas aussi sombre de nos jours ; il n'en reste pas moins que la péritonite récurrente n'est pas que théorique.

Pour ce qui est du devenir possible des enfants naissant ainsi par césarienne, il faut rappeler les données de la prématurité. Toutes les statistiques s'accordent pour donner un taux de mortalité de 25 % en moyenne lorsqu'il s'agit d'enfant pesant plus de I500 g, ce qui est très nettement inférieur à notre taux de mortalité.

Il semble donc que soustraire rapidement l'enfant à la toxi-infection maternelle serait un facteur de survie appréciable. Mais la survie en matière de

... / ...

prématurité n'est pas le seul problème. Il faut également envisager quel sera le devenir tant physique que psychique de ces enfants.

Nous ferons remarquer que cet avenir n'a jamais été envisagé dans les observations que nous avons relevées dans la littérature ; quant à notre série personnelle, nous avons un cas d'hémorragie cérébro-méningée et l'on sait toutes les réserves que cela peut impliquer pour son avenir.

Pour ce qui est les prématurés, les statistiques les plus optimistes ( ROSSIER - nº 74 - à l'Ecole de Puériculture de PARIS ) donnent un chiffre de 88,5% d'enfants normaux pour ce qui est du quotient intellectuel et de 89 % pour ce qui est de la motricité. Lorsqu'il s'agit d'enfants dont le poids n'a jamais été inférieur à 1500 g, MINKOWSKI ( nº 59 ) est plus pessimiste, et dans les mêmes conditions de poids, il ne donne que 71 % d'enfants pouvant être considérés comme étant normaux, mais il pense que cela est probablement dû dans la moitié des cas à ce que le prématuré est un foetus pathologique et non un enfant né accidentellement

avant son terme.

Ne serait-on pas, en matière de césarienne, même au début d'une péritonite, dans des conditions de naissance accidentelle avant terme ?

Sans aller jusqu'à préconiser une césarienne systématique en cas de péritonite, nous pensons que dans certaines conditions, telles qu'un obstacle à l'appendicectomie, un état toxi-infectieux sévère, une imminence ou un début de travail, elle serait susceptible d'améliorer grandement le pronostic.

La primiparité ou la multiparité ne nous semblent pas être des facteurs intervenant dans cette décision .

En effet, chez la primipare, si le travail risque moins d'être déclenché prématurèment,il est par contre plus long ce qui est susceptible d'augmenter les risques.

Par contre, un facteur important, c'est l'âge de la grossesse. Il serait en effet aberrant, pour augmenter les chances de survie d'un enfant, de mettre au monde par césarienne un enfant immature et

... / ...

non viable. C'est donc avant tout l'âge de la grossesse qui doit entrer en considération pour poser l'indication de césarienne, à moins que le pronostic vital de la mère ne l'impose.

... / ...

# C O N C L U S I O N S

1º/ L'appendicite aiguë des trois derniers mois de la grossesse est une association relativement fréquente.

2º/ Elle évolue souvent sous le masque d'une symptômatologie peu évocatrice, voire trompeuse.

3º/ Cependant, nous insisterons sur certains signes qui, bien que diversement associés, sont le plus fréquemment retrouvés :

- le début brutal par une douleur abdominale à prédominance souvent droite, associée parfois à des vomissements, plus fréquemment à un état nauséeux,
- la température est, dans la majorité des cas, peu élevée, mais contrastant avec une accélération notable du pouls,
- l'examen, parmi les signes classiques de l'appendicite aiguë, ne retrouvera bien souvent que la prédominance droite de la douleur, et il ne faut pas compter sur la défense ni surtout sur la

... / ...

contracture pour établir le diagnostic.

Par contre, deux signes revêtent une haute valeur parce qu'ils traduisent la souffrance péritonéale : ce sont l'hyperesthésie cutanée et les contractures utérines douloureuses.

4º/ Dans de telles conditions, l'on pourrait s'attendre à voir se poser de difficiles problèmes de diagnostic différentiel. En fait, l'expérience prouve que le plus difficile est de savoir évoquer la possibilité d'une appendicite aiguë. Néanmoins, quelques affections peuvent prêter à discussion : ce sont avant tout la pyélo-néphrite, les complications obstétricales et surtout un début de travail prématuré qui risquent d'induire en erreur ; c'est alors que certains examens complémentaires prennent toute leur valeur, à savoir - 1 - la recherche de la pyurie,

- 2 - une hyperleucocytose,
- 3 - la radiographie à la recherche de signes subocclusifs de souffrance péritonéale.

5º/ Quant au traitement, il est apparu clairement que la précocité de l'intervention était le meilleur élément de bon pronostic, tout essai de temporisation médicale grevant fortement l'avenir. L'appendicectomie simple, même en cas de péritonite, semble être l'intervention de choix. Cependant, nous pensons que dans certains cas, une césarienne pratiquée de prime abord serait en mesure d'améliorer considérablement le pronostic tant maternel que foetal.

Il n'en reste pas moins que la gravité de cette complication ne fait que renforcer la nécessité d'une stricte surveillance de toute grossesse et nous reprendrons, en conclusion, la phrase de MONDOR :

" Il ne faut pas considérer que chez la femme " enceinte, les douleurs du ventre sont banales et sans " gravité ; c'est avec une pareille simplicité d'esprit " qu'on laisse mourir bien des jeunes femmes ".

# B I B L I O G R A P H I E


ANDERSON R.E., PONTHIUS G.V. et WITKOWSKI L.J. -
Une technique modifiée d'appendicectomie durant une grossesse - Am. J. Surg, Janv. 1957, 93, nº 1, 117-118.

ANDRADE SOBRINHO H. ( de ) -
Appendicite et grossesse - Rev. Gin. Obst., Janv. 1955, 49, nº 1, 22-40.

BANSILLON, LABRY et RICARD R. -
Appendicite suppurée survenue au début du travail ; césarienne ; appendicectomie ; guérison - Gyn. Obst., 1948, 47, nº 6 bis, 1185 - 1186.

BARBARO G. -
Appendicite et grossesse - Thèse - PARIS, 1926.

BASSETT J.W. -
Appendicite et grossesse ( 59 cas ) - Am. J. Obst. Gyn. Oct. 1961, 82, nº 4, 828-832.

BERETVAS L.n. -
Grossesse abdominale compliquée d'appendicite aiguë - Brit. Med. J., 6 avr. 1963, nº 5335, 932.

BETTZIECHE H. -
Abdomen aigu et grossesse - Zbl. Gyn., 23 Nov. 1963, 85, nº 47, 1686 - 1690.

BLACK W.P. -
Appendicite aiguë et grossesse - Brit. Med. J., 25 Juin 1960, nº 5190, 1938 - 1941.

BRONSTEIN E.S. et FRIEDMAN M. -
Appendicite aiguë au cours de la grossesse - Am. J. Obst. Gyn. 15 Juin 1963, 86, nº 4, 514-516.

BROUSSILOVSKY I. A. -
Phlegmon de l'utérus gravide après appendicectomie - Akourcherstvo Guinek ( Moscou ), 1957, nº 4, 113-114.

BURWELL J.C., Jr et BROOKS J.B. -
Appendicite aiguë et grossesse - Am. J. Obst. Gyn. Oct. 1959, 78, nº 4, 772-775.


... / ...

I2 - BUZYKIN P. F. -
Association d'une grossesse ectopique évolutive, d'une apoplexie ovarienne et d'une appendicite aiguë - Akoucherstvo Guinek ( Moscou ), av. I963, nº 4, I24.

I3 - CEUGNIET L.A. -
Aspect actuel des péritonites appendiculaires au cours de la grossesse - à propos de deux observations - Thèse Lille, I958, nº 23.

I4 - CHARVET F. -
Appendicite des suites de couches immédiates. Difficulté du diagnostic. Bul. Féd. Soc. Gyn. Obst., Août - Oct. I960, I2, nº 4, 396.

I5 - CHRYSIKOPULOS -
Abcès de l'appendice au 8ème mois de la grossesse avec forte hémorragie du placenta praevia central - 3Ième congrès, Sept. I956, Arch. F. Gyn. I89, 453 - 454.

I6 - COURTY L., FOIRET J. et GOUILLAUD ( Melle ) -
Appendicite aiguë et grossesse - Gyn. Obst., I948, 47, nº 6 bis, I083-I085.

I7 - COURTY L. et Coll. -
Appendicite aiguë et grossesse ( 3 mois et demi ) ; occlusion post-opératoire ; réintervention, guérison, continuation de la grossesse - Bull. Ass. Gyn. Obst., suppl. I949, I, nº 3, 279.

I8 - DUBOURG G. et MAHON R. -
Deux cas d'appendicite opérés pendant la gestation avec mort rapide après l'accouchement - Bull. Soc., Gyn. Obst., I939-I940, nº 9, 599-602.

I9 - DUBOURG G., MAHON R. et TINGAUD R. -
Traitement des péritonites appendiculaires au cours de la période gravido-puerpérale - Gyn. Obst., suppl. I95I, 3, nº 3, 453.

20 - DUFEX H. et WASL H. -
A propos de l'appendicectomie au cours de la grossesse. Chirurg. Juil. I96I, 32, Nº 7, 329 - 33I.

2I - EFIMOV B.I. -
La traitement de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte - Khirurguiia, I959, nº 3, 48-5I.

... / ...

ERBSLOH J. -
Une contribution au diagnostic de l'appendicite au cours de la grossesse - Chirurg., Septem. 1951, 22, nº 9, 403 - 405.

FAVREAU, KLEIN et BERANGER -
Appendicite aiguë et gestation, intervention chirurgicale - Bull. Soc. Gyn. Obst., Mars 1939, 28, nº 3, 180 - 181.

FERRARI B., MAZZA A. et DIVERSI F. -
Appendicite et grossesse - Policlinico - sez. prat. - 23 Déc. 1963, 70, nº 51, 1833-1856.

FIRPO J.R. -
Appendicite et grossesse - Semana Méd., 11 Juin 1959, 66, nº 3422, 791 - 793.

GARMIER R., SAUNIER J. et REBOUL J. -
Appendicite gangréneuse et fin de grossesse - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1955, 7, nº 3, 302-303.

GAUTRET -
Appendicite et grossesse - Bull. Soc. Gyn. Obst. Nov. 1938, 27, nº 9, 688-690.

GAVEL M. -
Péritonite appendiculaire en trois temps à cinq mois de grossesse - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. - Nov.-Déc. 1963, 15, nº 5, 618-619.

GEISTHOVEL W. -
Appendicite et grossesse - Münch. Méd. Wschr., 21 Déc. 1951, 93, Nº 51, 2555 - 2559.

GRUBNIK B. M. -
Le traitement d'une appendicite aiguë pendant la grossesse dans les conditions d'un hôpital rural - Akoucherstvo Guinek ( Moscou ), Nov.-Déc., 1960, nº 6, 99-100.

GUILHEM P., PONTONNIER A. et Coll. -
Péritonite appendiculaire généralisée au 8ème mois de gestation - Gyn. Obst., 1952, 4, nº 1, 172-173.

... / ...

- HELMSTADTER R. -
Contribution à l'appendicite au cours de la grossesse. Bruns'Beitr. Klin., Chir., 1953, 187, Nº 1, 63-71

- HENTSCHEL M. et HEMSENDORF K. -
Appendicite et grossesse - 78ème congrès Soc. allemande chir., av. 1961, in Langenbecks Arch. Klin. Chir. 1961, 298, 511-517.

- HOFFMAN E. S. et ZUZUKI M. -
L'appendicite aiguë dans la grossesse - Western J. of Surg. Obst. Gyn., av. 1950, 58, 147 - Int. Surg. Dig. Juin 1950, 49, nº 6, 370-371.

- HOFFMAN E. S. et ZUZUKI M. -
Appendicite aiguë dans la grossesse - Une étude portant sur dix ans - Am. J. Obst. Gyn., Juin 1954, 67, nº6, 1338 - 1350, 13 tabl.

- JAMAIN B., LETESSIER A. et SCHEFFER -
Péritonite appendiculaire et grossesse - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1959, 11, nº 4 bis, 387 - 389.

- JORGENSEN M.B. -
Appendicite récidivante à chaque trimestre de la grossesse avec compte-rendu d'un cas dans chaque trimestre. Am. J. Surg., Sept. 1952, 84, nº 3, 331 - 34.

- JOYEUX R. -
Occlusion intestinale après appendicectomie et en cours de grossesse - Montpellier Chir., 1957, Nº 12, 255 - 258.

- KALMANOVITCH K. M. et DOUBINSKY M. B. -
Appendicite aiguë et accouchement - Akoucherstvo Guinek. ( Moscou ) , 1958, nº 3, 108 - 109.

- KENDALL R. B. -
Appendicite aiguë et grossesse - relation de trois cas. Med. J. Australia, 18 Déc. 1954, 2, nº 25, 970 - 971.

- KERMARREC P. -
Des rapports de l'appendicite et de la grossesse - Thèse Paris, 1946, nº 271.

... / ...

- KHODZHASHVILI G. P. -
Un cas de perforation appendiculaire avec grossesse tubaire - Khirourguia ( Moscou ). Oct. 1963, nº 10, 128 - 129.

- KOSBAGAROV A.A. -
Appendicite et grossesse - Akoucherstvo Guinek. ( Moscou ), 1959, nº 1, 51 - 54 ( résumé anglais ).

- KRIEG E. -
Appendicite survenant au cours de la grossesse - Am. J. Obst., Gyn. av. 1949, 57, nº 4, 736 - 741.

- LAFORET C. G. -
Appendicite et grossesse - Rev. Clin. Espan., 31 Juill. 1949, 34, nº 2, 110 - 115.

- LAKE M. -
Le traitement chirurgical de l'appendicite dans la grossesse - Med. J. Australia, 29 Déc. 1956, 43, nº 26, 950 - 952.

- LA SELVE A., CHARTON Y. et BON M. -
Trois observations d'appendicite au cours de l'état gravido-puerpéral - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Nov.-Déc. 1960, 12, nº 5, 606.

- LEE R. A., JOHNSON C.E. et SYMMONDS R.E. -
Appendicite au cours de la grossesse - J. A. M. A. 13 Sept. 1965, 193, nº 11, 966 - 968.

- LIENARD J. et TORRE M. -
Appendicite de fin de grossesse et du travail - Gyn. Obst., 1948, 47, nº 4, 576-577.

- LLOYD-GREEN L. et Mc LEOD A. -
Grossesse à terme compliquée d'appendicite aiguë - Med. J. Australia, 12 Mai 1951, 38, Nº 19, 695.

- LYONNET R., POUZET F., BLANC P. M. et LANG A. -
Appendicite-péritonite au 8ème mois de la grossesse ; appendicectomie et drainage sans évacuation de l'utérus ; évolution ultérieure de la grossesse jusqu'au voisinage du terme ; enfant vivant - Gyn. Obst., suppl. 1954, 6, nº 2, 211-212.

MAHON, TINGAUD et FAUGERE -
Péritonite après appendicectomie chez une femme enceinte de 5 mois ½ ; césarienne ; Mickulicz ; Choc très grave ; guérison - J.Med. Bordeaux, Oct. 1948, 125, nº 10, 477 - 479.

- MEHARG J. G. et LOOP F. A. -
L'appendicite aiguë durant la grossesse - Obst. Gyn. av. 1953, 1, 460 in internat. surg. Dig., Juillet 1953, 56, nº I, 42-44.

- MEILING R. L. -
Appendicite compliquant la grossesse, le travail, puis le post-partum - Surg. Gyn. Obst., Oct. 1947, 85, nº 4, 512-522.

- MERGER -
Les appendicites au cours de la grossesse et de la puerpéralité à la Clinique Tarnier pendant les 12 dernières années - Bull. Soc. Gyn. Obst., Mai 1939, 28, nº 5, 314-317.

- MERGER R., ARNAVIELHE et GAUD R. -
De la péritonite appendiculaire au cours de la grossesse - Bull. Soc. Gyn. Obst., 1951, 3, nº 1, 71-73.

- MERZ W. R. -
Indications des interventions chirurgicales et gynécologiques au cours de la grossesse - Bibl. Gyn. ( suppl. gynaecologia ), 1957, 5, nº 15, 5-87, 5 tabl.

- MICHELE C. T. - KNORR J. K. et SHEARBURN E. W. -
Appendicectomie effectuée durant le premier stade du travail - Am. J. Surg. Sept. 1956, 92, nº 3, 480-481.

- MINKOWSKI -
L'avenir du prématuré - La Médecine Infantile - Oct. 1964 - p. 447-449.

- MIKYLICZ-RADECKI F. -
L'appendicite au cours de la grossesse - Med. Klin. 8 Oct. 1954, 49, nº 41, 1644-1649, 3 fig.

- MOINE M. -
Appendicite aiguë chez une femme enceinte de 8 mois. - Bull. Ass. Gyn. Obst., 1950, 2, nº 1, 79.

- PAILLEZ R., DELECOUR M., SAVARY J. et VITSE N. -
Péritonite appendiculaire au cours de la grossesse. A propos de deux observations - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Août-Oct. 1958, 10, nº 4, 404-405.

... / ...

- PANTCHENCO A. -
Caractéristiques cliniques de l'appendicite au cours de la grossesse - Analyse in Minerva Med., 28 av. I948, 1, nº I7, 425.

- PARKER R. B. -
Appendicite aiguë à la fin de la grossesse - Lancet, I9 Juin I954, 266, nº 6825, I252-I257.

- PHILIPPE -
Grossesse, appendicite aiguë, hydramnios aigu. Ponction et césarienne - Bull. Ass. Gyn. Obst., I949, 1, nº 3, 2I9 - 220.

- POMMIER M. -
Réflexions cliniques et thérapeutiques. A propos de dix cas d'appendicite et grossesse - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Janv.-Mars I963, I5, nº I, II2-II3.

- PRIDDLE H. D. et RESSELTINE H. C. -
L'appendicite aiguë chez la femme enceinte. - Am. J. Obst. Gyn. Juillet I95I, 62, Nº I, I50-I55.

- NELKEN S. et GARNIER M. -
Appendicite au début du 8ème mois - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Janv.-Fév. I96I, I3, Nº I, 6I.

- NEUMANN E. et FAVIER J. P. -
Torsion d'appendice épiploïque au 3ème jour des suites de couches - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. - Janv. - Mars I963, I5, nº I, 78.

- RENN A. C., DOUGLAS L. P. et CUSHMAN G. F. -
Appendicite perforée avec péritonite généralisée et grossesse à terme - Am. J. Obst. Gyn. Déc. I95I, 62, nº 6, I343 - I346.

- RICHTER K. et GRABNER K. -
Début de grossesse douloureux - Diagnostic différentiel de l'appareil de l'appendicite chez la femme enceinte - Zbl. Chir. I8 Septem. I965 - 90, nº 38, 2039-2043.

- RIVIERE M. et DUBOURG G. -
Péritonite appendiculaire au 6ème mois de la gestation - Appendicectomie - Hystérectomie - Guérison - J. Med. Bordeaux, I5-28 Fév. I943, nº 3-4, 63.

... / ...

- RIVIERE M., CHASTRUSSE L., PUIG A. et BOURSIER D. -
Appendicite du travail à 7 mois ½ de grossesse. Césarienne + appendicectomie. Guérison - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. , Nov.-Déc. 1957, 9, Nº 5, 539.

- ROSSIER -
Avenir des prématurés - E.M.C. - Pediatrie - TT - 4002 560.

- SANDER M. -
Une contribution au diagnostic différentiel des processus aigus de la partie haute de l'abdomen, en particulier, diagnostic d'appendicite et grossesse. Zbl. Chir. 1955, 77, nº 9, 339-343.

- SCHARPLATZ A. -
Appendicite et grossesse - Schweiz, Med. Wschr., 24 Mai 1947, 77, nº 20-21, 551-552, 1 fig.

- SCHELPERT J. W. -
Appendicite aiguë chez les malades obstétricales - New York State J. Med. 1er Déc. 1961, 61, nº 23, 4032-4037.

- SERMENT H. et DUITTOZ E. -
A propos du traitement de " l'appendicite aiguë et grossesse " - Gyn. Obst. 1952, 51, nº 3, 264-270.

- SKAMNAKIS S. N. -
Appendicite grave et accouchement - Zbl. Gyn. 2 Janv. 1965, 87, nº 1, 34-36.

- SOELLING W. M. -
Appendicite et grossesse - Am. J. Obst. Gyn. Déc. 1958, 76, nº 6, 1291-1293.

- STOENEL W. -
Signification de l'appendicite en gynécologie et en obstétrique - Zbl. Gyn., 30 Oct. 1943, 67, nº 44, 1641-1661.

- TINGAUD et CHASTRUSSE -
Péritonite appendiculaire chez une femme enceinte de 6 mois - Gyn. Obst. , 1948, 47, nº 6 bis, 1043-1044.

... / ...

- TURNER S. et WEISS M. -
Appendicite suppurée aiguë et grossesse à terme -
Am. J. Obst. Gyn. Nov. I948, 56, nº 5, I003-I005.

- ULLRICH R. -
Appendicite au cours de la grossesse avancée -
Zbl. Gyn., 29 Juin I963, 85, nº 26, 9II-9I3.

- VERGOZ C., HOUEL J.E. et CASANO -
Péritonite appendiculaire généralisée au 7ème mois de la grossesse ; opération de Portes, Guérison -
Gyn. Obst., I948, 47, nº 6 bis, I003-I004.

- VERMELIN H. et Coll. -
Un cas d'appendicite et grossesse - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Juil.-Sept. I96I, I3, nº 4, 479-480.

- WALTERSTEIN G. -
Appendicite et grossesse - Thèse Leipzig, I939, nº I49, 28 pages.

- WEST R. T. -
L'appendicite au cours de la grossesse - Am. Surgeon, Juin I960, 26, 425, in Internat. Surg. Dig., Nov. I960, 69, nº II, 66I-662.

- ZASLAVSKY L. D. -
L'appendicite aiguë au cours de la grossesse en tant qu'erreur de diagnostic - Akoucherstvo Guinek ( Moscou ), I959, nº I, 53-57.

- ZYNGERMAN H. -
Symptomatologie et traitement de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte - Thèse Paris, I3 Nov. I946, nº 76I, 20.

Vu, le Président de Thèse

Signé : Professeur A. RICHARD

Vu, le Doyen dela Faculté
de Médecine de TOURS,
Signé : Professeur G. DESBUQUOIS

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie d'ORLEANS,
Signé : Mr ANTOINE